

El campo de la participación comunitaria en salud: un análisis de caso en un municipio del Gran La Plata

María Belén Castrillo

Universidad Nacional de La Plata (Argentina)

Resumen

En el marco de los debates sobre la participación comunitaria en políticas públicas y programas sociales que se dan en la arena académica y gubernamental, el presente artículo despliega los resultados obtenidos en una investigación sobre la heterogeneidad de experiencias participativas en salud en un municipio del Gran La Plata.

Palabras clave: participación comunitaria en salud, Gan La Plata.

En el marco de los debates sobre la participación comunitaria en políticas públicas y programas sociales que se dan en la arena académica y gubernamental, el presente artículo despliega los resultados obtenidos en una investigación (1) sobre la heterogeneidad de experiencias participativas en salud en un municipio del Gran La Plata.

Una breve introducción a los debates sobre participación comunitaria en salud

En la intención de dar cuenta de cómo las prácticas comunitarias en salud se piensan como una dimensión para analizar las políticas públicas en salud, se puede presentar la participación comunitaria en salud (PCS) en tres sentidos. Primero, como una estrategia en atención primaria de la salud (APS); segundo, como objeto de discusiones desde los organismos internacionales y de las ciencias sociales; y, tercero, la PCS atravesada por las lógicas del campo de la salud (con sus disputas y relaciones de poder intrínsecas). A los fines de este artículo se retoman brevemente la segunda y tercera parte para dar paso a la exposición de algunos de los hallazgos obtenidos en un estudio empírico sobre la temática.

La participación en salud como objeto de construcciones ideológicas y teóricas se piensa en dos partes: “un modelo oficial de PCS”, el que construyen los organismos internacionales que intervienen en salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS] / Organización Mundial de la Salud [OMS], principalmente) y, un enfoque crítico a partir de los cuestionamientos que se realizan a dicho modelo desde las ciencias sociales. Brevemente, el **modelo oficial de PCS** (normativo, que opera como un ideal) es aquel que se

define, según OMS y UNICEF, como “el proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario” (Alma Ata, 1978).

Se trata de la construcción de un modelo de PCS asentado en la autorresponsabilización, el autocuidado y en sujetos que son agentes de su propio desarrollo y del desarrollo comunitario. Se afirma como objetivo la democratización del sector y la adopción de un enfoque integral de la salud, al empoderamiento y la participación de las comunidades y la movilización de otros actores y sectores para mejorar la salud y la calidad de vida de las familias, afectando los determinantes (Restrepo Vélez y Vega Romero, 2009). En su normatividad, se sostiene que la participación debe ser activa, responsable, deliberada, libre, consciente, organizada y sostenida.

Como contrapunto, en el marco de un **enfoque crítico al modelo** “oficial” de la PCS (2), desde las Ciencias Sociales se realiza, en principio, un análisis del concepto de la participación en salud, para dar cuenta de cómo su construcción revela intereses particulares: “la participación es un concepto cambiante que alude a un proceso histórico en las formas de actuación del Estado y su relación con la población, de allí la polisemia, el alcance y la variedad de modalidades de acción incluidas” (Eguía y otros, 2007: 22). La crítica principal reside en que para esta perspectiva, la definición de la PCS del modelo oficial reviste ciertos aspectos utilitarios de la participación al asignarle a los Gobiernos responsabilidades esenciales en la toma de decisiones y no incluye el principio del Estado como garante del derecho a la salud; la participación de la comunidad es el proceso mediante el cual la comunidad asume gradualmente la responsabilidad por su propia salud. En tal sentido, está definida como una herramienta de gobierno completamente vinculada a las necesidades coyunturales que son contexto de emergencia de dichas prácticas de participación popular en salud. Así, en el marco del neoliberalismo se asiste, en palabras de Svampa (2005), a una ciudadanía restringida en sectores pobres, asociada a acciones compensatorias por parte del Estado y la gravitación de las agencias multilaterales de crédito. “El último recurso termina siendo la autoorganización comunitaria y el desarrollo de redes comunitarias locales, con el objetivo de generar nuevas formas de participación ciudadana y estrategias de ‘empoderamiento’ entre los sectores más vulnerables” (Svampa, 2005: 88-89). Entonces, la justificación histórica de la emergencia de estas formas de participación se encuentra en el contexto de aparente crecimiento económico de nuestros países, como una estrategia tanto de programas nacionales e internacionales, como “heredera natural de la ideología del desarrollo y de la organización de la comunidad que objetiva la necesidad de que los grupos marginales, los carenciados, los pobres, los sectores populares participen de los beneficios del desarrollo” (Cortazzo y otros, 1996: 70). Esta ideología responde, históricamente, a los intereses de los centros hegemónicos de poder y es introducida en nuestros países en la segunda postguerra.

La PCS en el campo de la salud

La PCS puede ser entendida y analizada como subsumida a la lógica de un campo particular: **el campo de la salud**. Este concepto evita el reduccionismo de la idea tradicional de sistema sanitario y aporta la idea de “una convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales” económico, social, cultural, simbólico (Spinelli, 2010: 276). La clave aquí es instalar la concepción de que el campo de la salud está atravesado por luchas y disputas en torno a su definición, alcances y límites; a las intervenciones político-técnicas que se realizan; a los actores que participan y las relaciones que entablan (con la dimensión de poder y de saber en el centro). Es interesante destacar que se trata del campo hegemónico de salud, en el que la PCS está inserta, ya que no se estudian aquí otras formas alternativas de intervenir en el proceso salud-enfermedad.

Se propone, entonces, pensar el campo de la salud, sus lógicas específicas y la dimensión del **poder** (3) para entender en qué marco se dan las políticas participativas en salud a través de la idea de Testa (1983) de planificación estratégica como el procedimiento que no intenta establecer normas, sino desencadenar un proceso permanente de discusión y análisis de los problemas sociales que lleva a proponer metas necesariamente conflictivas, puesto que se refieren a intereses de grupos en pugna, de modo que el planificador es parte de alguna fuerza social para la cual el objeto de la planificación se inscribe en el marco de la lucha por el poder. Dicho modelo postula la redistribución del saber y del poder en el marco de prácticas participativas en salud populares y democráticas, que aceptan e incluyen el conflicto como inherente a la acción política.

En este sentido, y siguiendo a Spinelli (2010), se puede pensar la PCS como una *metapolítica*, es decir, como ese tipo de políticas enunciadas como grandes soluciones que se caracterizan por un claro exceso de significantes, con proyectos muy disímiles. Los conceptos se vacían de sentido y de allí el exceso de significantes: la razón instrumental (el cómo) domina el campo (la lógica de soluciones domina la lógica de problemas). Las grandes soluciones logran una clausura simbólica, en la que se impide la problematización de la situación que viven los agentes, la cual al naturalizarse obtura la posibilidad de su transformación. Y entonces se pasa a depender de los efectos de las políticas concebidas como universales y que, por lo tanto, desconocen las singularidades. Se configura así una lógica de políticas sin sujetos, o sujetos devenidos objetos para esas políticas que fueron estructuradas basadas en una racionalidad extraña a esas singularidades, y esas políticas suelen provenir de enlatados fabricados en serie por los organismos internacionales. El campo de la salud aparece como neutro y no como campo de control social, se trata fundamentalmente de biopolítica, en tanto control sobre la vida y la muerte, pero ya no de los individuos sino de las poblaciones: política para lo macro, gestión para lo micro. La política deviene norma universal en tanto técnica aplicada: los organismos continúan con sus lógicas silenciosas de reformas e insisten en colocar a las prácticas de salud como prácticas de mercado. Esa mercantilización tiene como propósito una

expansión del dominio del capital económico sobre cualquier otra lógica: se busca, con la idea de mercado, obturar o eliminar la idea de derecho.

En vínculo con lo que desarrolla Spinelli sobre la participación como un concepto con exceso de significantes, Pagnamento (2011) afirma:

... es sabido que la participación junto a una real redistribución del poder permitiría generar un proceso de democratización creciente, pero también puede significar el traslado de las consecuencias sociales de un modelo social inequitativo a ámbitos de administración locales con una participación "pasiva" que refuerza el statu quo y el control social (Pagnamento, 2011: 10).

En este trabajo, a través de la descripción de las experiencias participativas en el caso del municipio analizado, se busca dar cuenta de este debate y atravesar el recorte del objeto de estudio con estos interrogantes referidos a la pasividad o posibilidad de emancipación de dichas experiencias, y las consecuencias políticas que acarrea.

Las principales críticas a experiencias participativas concretas analizadas en distintos estudios empíricos, relevados en el rastreo bibliográfico, se centran en las dificultades de implementación de prácticas participativas en salud en el ámbito político, institucional, técnico-profesional y social. Además, los autores marcan un proceso de reducción del contenido de la participación, tanto en prácticas como en sentidos, vinculado a saberes que son desvalorizados por distintos actores o subordinados al saber médico; a la necesidad de controlar las actividades evitando acciones autónomas; y a la calificación de "políticos" (despectivamente y vinculado a intereses personales), demandas o acciones de la comunidad. Se trata de una tendencia a la reproducción funcional de la participación acotada. Así, lo relevante es conocer el contenido de lo que se entiende por participación y las acciones que concretamente involucra, tomando a los actores y sus interacciones, como eje para analizar la construcción social de una política pública participativa en salud (Pagnamento, 2011).

Considerando a la salud como un campo, se pone el foco en las relaciones sociales, para pensar que en la definición e implementación de las políticas públicas en salud en APS que incluyen la estrategia de la participación, intervienen diversos actores cuyas interacciones deben entenderse contextualizadas en estructuras sociales concretas, lo cual imprimirá características particulares al proceso participativo que se construya. De esta manera, es posible pensar a los actores y sus prácticas y representaciones, en un escenario de fuerzas donde los acuerdos, el conflicto y las tensiones marcan improntas específicas.

Análisis de prácticas participativas en salud. Recuperando la perspectiva de los actores a través de un análisis de caso

La elección del caso del municipio estudiado se relaciona con dos aspectos: la accesibilidad y el registro (mediante vías informales de comunicación) de la posibilidad de realizar un próspero trabajo de investigación por la predisposición de los actores. Se justifica en el objetivo de entender la participación en el marco de estructuras sociales determinadas para dar cuenta de las tensiones en las definiciones y los distintos tópicos expuestos anteriormente (4).

En el estudio empírico, a través de un análisis de caso, se recuperan las perspectivas de los actores referidas a las prácticas y los sentidos asociados a la PCS. En este artículo, se presentará el caso considerando las prácticas participativas que se realizan, los sentidos que se manifiestan y las relaciones entre los actores individuales y colectivos, y sus prácticas participativas a través de la idea de redes de participación, recogidas a través de observaciones con diferentes grados de participación y entrevistas en profundidad a promotores, trabajadores sociales, referentes barriales y otros actores que participan en salud a nivel local. La decisión metodológica de presentar el caso a través de dichas categorías analíticas (prácticas, sentidos y redes de participación) responde a una decisión argumental con el fin de esquematizar y esclarecer los datos relevados en la instancia empírica.

Respecto de las **prácticas**, el caso del municipio estudiado no se diferencia de los analizados en la revisión bibliográfica. Se encuentran en común: charlas abiertas a la comunidad, talleres, petitorios y junta de firmas (entendidas como campañas de concientización); talleres de discusión y debate; rondas sanitarias; capacitaciones externas e internas y exposiciones, entre otras. En simultáneo, se relevan algunas especificidades a partir de observaciones participantes: entre estas, una jornada cultural dedicada a recoger y difundir las actividades conjuntas entre unidades sanitarias, y actores y grupos de la comunidad que implica un modo particular de entender el quehacer en salud a nivel institucional; la charla "Hablemos de autismo", cuyo objetivo fue realizar un primer abordaje en la comunidad relacionado con los trastornos del espectro autista; y las Clases de Equinoterapia, un tipo de terapia que utiliza técnicas orientadas al tratamiento de personas con discapacidad –en especial niños–, en las que el elemento central es el caballo. Por el lado de los **sentidos**, se eligen algunas dimensiones como vía de explicitación de las percepciones y representaciones de los actores:

a) *el origen de su participación*: de las diez entrevistadas, tres dicen llegar a la PCS por su recorrido profesional (una pediatra –actual directora de salud del municipio–, una trabajadora social y una maestra de atención temprana); una por una problemática de salud familiar (madre de hijo autista) y las otras seis por su militancia política partidaria (cuatro se reconocen peronistas-kirchneristas-militantes del actual intendente y dos son militantes del movimiento social Frente Popular Darío Santillán).

b) *El lugar de la militancia*: es uno de los sentidos que se adhieren a la participación en salud y que, en algún punto, la fundamentan, justifican y permiten sostenerla y reproducirla, y que en algunos casos es un medio y en otros un fin de la PCS.

Para mí acá es militar política y socialmente (...). Estoy militando porque el país lo necesita pero estoy militando porque yo también lo necesito y la gente necesita alguien que los trate bien, porque la gente se margina (E6: Promotora de salud).

Uno lleva la impronta del rincón y de la militancia, no podemos negar que esto es militancia, si bien acá no es panfletaria la militancia, nosotras somos conscientes de que estamos militando. Yo soy consciente que cuando doy una clase con un libro, yo estoy poniendo la militancia cuando elijo qué libro usar (...) cuando doy una clase de historia sé porque la doy así, la militancia está siempre (E7: Referentes barriales que sostienen espacio cultural en unidad sanitaria).

c) *La concepción de salud que sostienen*: las prácticas de PCS en las que se insertan las entrevistadas revisten sentidos y representaciones sobre la salud que, además de corresponderse con una concepción integral y positiva, les permite englobar su actividad como una práctica participativa en salud. Esto es visible, por ejemplo, en el relato de una de las entrevistadas al ser consultadas sobre la percepción de su intervención como parte de la salud del barrio:

Total... estamos súper convencidas de que esto es saludable, esto es salud, todo es salud (...). Cuando acá viene un chico con sarna y el chico se va con la medicación, se va a una casa que no tiene piso, que el agua está a 200 metros... no tiene que ver con la salud. Si a ese chico no le llega el asfalto, si no le llega el agua potable, si ese chico no tiene la escuela, si no tiene la medicación en la salita, la salud no existe (...). Y si xx, yo, Paula, Mónica o como quieran llamarle, no se sienta con ese chico cinco minutos y no se caga de la risa, la salud no existe. La cura de ese chico no va a pasar por el antibiótico: va a pasar por la caricia, por el momento que se le dio, por el acercamiento, porque lo llamen por su nombre, por un montón de actitudes que encuentran acá, en la calle, en todos lados, eso es salud. Y el que piensa que la salud es en un guardapolvo blanco con un estetoscopio colgando está a años luz, no entendió un carajo en la Facultad (...) eso viene de arriba, de una construcción creada, un simbolismo que se da, para ese tomar distancia (...) por eso también nos toman como algo ajeno a la salud, nosotros lo tenemos muy claro (...) nosotras aprendimos desde el desconocimiento todo el conocimiento que tenemos" (E7).

d) *Los sentidos específicos sobre la misma PCS*: vinculada a un objetivo mayor ("participar en salud para mí es, románticamente hablando, la posibilidad de llegar al cambio social" [E4: militante del espacio de salud del FPDS desplegar sigla]) y sujeta a lógicas diversas que la condicionan:

El tema de la participación es compleja, porque la participación real, real, que realmente el otro tenga poder de decisión y tenga poder por lo menos para consultar, negociar y ver cómo se resuelve, si es algo superador o... eso no, te diría que es muy difícil, es prácticamente imposible. Porque hay una participación de acá para afuera, "participas el día que yo te llamo, el día que yo necesito" esa es la participación (...) no se democratiza realmente la información, no se socializa (E5: trabajadora social de unidad sanitaria).

Sumados a estos sentidos, se releva en campo la relación con el equipo de salud y con la comunidad de estos actores, y se atraviesa el caso desde la dimensión analítica de género. En todo el trabajo, las categorías de análisis resultan del diálogo constante entre la teoría y la empiria, y es incluso a partir de este diálogo que surge el aporte más novedoso de la investigación: la incorporación de la idea de **redes de participación** para analizar la experiencia estudiada de PCS. Las redes emergen desde la técnica metodológica empleada para entrevistar a los actores y en el mismo discurso se evidencian relaciones individuales e interpersonales con otros actores que participan en salud.

Lo característico del caso analizado es lo evidente de la existencia de redes de participación heterogéneas en tanto los sujetos (individuales y colectivos) que la componen, el fundamento (institucional o personal) en que se apoyan y las relaciones de poder que fluyen en su interior. Para dar cuenta de estas redes, se organizó la información de campo en torno a ejes que permiten atravesarlas en combinación con un constante pivot entre un lente ideológico (lo que se dice, el discurso) y otro práctico (lo que se hace, la acción).

Una primera arista para describir estas redes es el **origen** en que se sustentan. Así, se puede dar cuenta de redes que nacen de contactos personales y otras que se producen por vínculos de tipo institucional, aunque en ambos casos se visualizan cruces.

En el caso de las redes de tipo **personal**, aquellas que se sustentan, principalmente, en contactos y relaciones entre personas individuales y no en tanto miembros de instituciones estatales o de la sociedad civil, en las entrevistas se hace evidente la existencia de un conjunto de relaciones interpersonales surgidas principalmente de experiencias de vida compartidas (sujetos vinculados por patologías –el caso de niños discapacitados–, por reclamos barriales, por elecciones profesionales) que participan cada una en redes diversas, pero comparten actividades tales como charlas de promoción de la salud, capacitaciones o eventos artísticos y que se vinculan a la conformación de asociaciones y ONG. Lo interesante de esa red constituida entre sujetos que comparten una similar trayectoria de vida y problemática familiar es que existen puntos de desacuerdo en torno a formas organizativas (liderazgos personales versus formas más institucionalizadas y profesionalizadas) y diferencias de visión en torno a las formas de actuar. Por ejemplo,

respecto a la problemática de la discapacidad: el ingreso o no al ámbito estatal es clave y se refieren experiencias de ambos tipos:

Yo creo que sí hay un Estado que está ausente, yo creo que ese espacio está en la escuela 501, que se desarrolle mal también es un Estado ausente porque, ante esa necesidad, si yo fuera la coordinadora de Salud, llevo a esa mamá a la escuela [la promotora de una ONG] y digo 'chicas, tenemos que hacer esto'. Y abrí la escuela, porque los chicos son los mismos de la escuela que encuentran un lugar más acogedor, con una mujer que tiene ganas (...). Si hay una coordinación coherente en el municipio lo que se hace es acompañar y amalgamarse como municipio a esta persona que tiene todo ese empuje. Y aprovecharlo en beneficio de la comunidad (E2: maestra de atención temprana).

Complementariamente, los vínculos de tipo personal presentes en la conformación de redes también aportan a la socialización de marcos normativos y de acción: enseñanza y aprendizaje conjunto de formas de actuar, de recursos, de estrategias de difusión: "me enseñó, fue la primera que me dio una mano, que me acompañó, me enseñó y creo que lo mejor que puedes hacer con una madre es enseñarle a luchar y a hacer que lo haga ella" (E3: madre de niño autista). Las narraciones muestran la apropiación de experiencias sobre formas de involucramiento y de acción frente a estructuras burocráticas, espacios de atención, y abordajes y tratamientos posibles, entre otros. A su vez, se evidencia la inserción de los sujetos (a partir de estos contactos e intercambios) en la lógica de la acción política y de la participación en diversas iniciativas relevantes. En palabras de un entrevistado, "quería ver qué se podía lograr acá en XX sobre discapacidad y todo se mueve por política en XX" (E3).

En estrecho vínculo con esto, además de la similitud de algunas experiencias de vida de los sujetos, la **militancia política** (como se ha evidenciado) es otro núcleo que origina estos contactos personales que permiten la conformación de redes y la conformación de vías de acción. Una de las experiencias reconstruidas refiere a la vinculación con el Centro de Estudios Justicialistas Dr. Ramón Carrillo (CERCA), con la participación en "Frente Amplio" (agrupación peronista afín al intendente), con la pertenencia al kirchnerismo y con el Espacio de Salud del Frente Popular Darío Santillán. Posiblemente, la consecutiva adquisición de poder otorga otras expectativas de alcance y de concreción de objetivos, que motivan a participar activamente en política, en una reciprocidad entre quienes primero participan exclusivamente en salud y quienes luego amplían sus horizontes. Los vínculos también aportan recursos a miembros de la comunidad para llevar a cabo actividades de promoción de la salud: particularmente otorga espacios, medios de difusión (espacios radiales y virtuales en los blogs oficiales) y cierto patrocinio político-institucional. En otras palabras, la militancia política previa vincula a los sujetos que conforman estas redes a través de otro tipo de interacción.

Finalmente, aspectos como el compartir lugares, actividades, espacios de esparcimiento o cualquier otra actividad extrainstitucional parecen surgir como posibles fundamentos originarios de la conformación de redes personales de participación en salud. Se trata, en principio, de espacios de interacción heterogéneos y, tal vez, poco previsibles pero que parecen funcionar como disparadores de vínculos, inicialmente interpersonales.

Como se afirmó anteriormente, se puede dar cuenta de redes que nacen de contactos personales y otras que se producen por vínculos de tipo **institucional**. Estas redes institucionales se evidencian, por ejemplo, en el manejo de recursos que ofrecen las carteras de Salud, Educación y Cultura municipales para la puesta en práctica de actividades de promoción y prevención de la salud. A eso apunta la jornada mencionada, un encuentro de promoción de la salud que busca visibilizar la pertenencia de la comunidad a la unidad sanitaria desde otro lugar, como signo de inclusión; y que muestra la intersectorialidad y la articulación del sector salud con otros vinculados a la cultura, la educación y la extensión universitaria. Según la Directora de Salud del municipio, este tipo de experiencias supone una modificación del modo de trabajar (a partir de la incorporación de la comunidad) visible en la fusión de la salud con el arte popular.

Más interesante resulta ver estas redes institucionales en torno a las áreas de incumbencia. Las redes **temáticas** (sobre problemáticas de la salud determinadas) en esta indagación se concentraron en los problemas de desarrollo infantil y discapacidad. Hay un trabajo en red que se visibiliza en exposiciones artísticas, charlas abiertas a la comunidad, campañas de concientización sobre tratamientos, apertura de terapias especiales (como es el caso de la equinoterapia), entre otros. En simultáneo, se desarrollan redes que se podrían denominar **transversales**, por sustentarse en actividades que pretenden trascender las áreas cerradas y en la participación de actores que no intervienen en las temáticas excluyentes como son la escuela, los comedores, la iglesia, etcétera. Fue posible ver operar algunas de estas redes en la jornada reseñada.

Una segunda dimensión para atravesar las experiencias de PCS y analizarlas es el **tipo de sujeto**, individual o colectivo, que participa y da fundamento a las redes. Respecto al sujeto **individuo** se destaca la existencia de actores estratégicos o protagónicos que son “cabeza” de la mayoría de los procesos participativos comunitarios aquí estudiados. En la experiencia analizada, uno de los sujetos refirió vínculos personales e institucionales que extienden el alcance de sus prácticas sustentadas en su capacidad y “empuje”. Lo característico de las redes es que llevan a otras potenciales redes, a otros recursos y a otras expectativas. Los límites del carisma (o del rol protagónico) están en la intrascendencia en el tiempo de su actividad y en el anclaje de la participación en un período de efervescencia o auge que, de no ser institucionalizado, tiende a perder impacto y continuidad. Es necesario destacar que los procesos participativos en salud, como todo proceso social, requieren cierta temporalidad y que en lo empírico lo que se revela es una ruptura con el ideal de permanencia en el tiempo, por lo acotado de las intervenciones.

Además existe una tensión entre los procesos personales y colectivos que marcan barreras en las posibilidades reales de capitalizar la acción participativa de los sujetos carismáticos.

Por su parte, la inserción de los sujetos en redes participativas puede darse desde el carácter de actores **colectivos**. Así lo ejemplifican la participación de la asociación de padres de autistas, las unidades sanitarias indagadas, el Concejo de Discapacidad y la Dirección de Salud.

El último eje que se eligió para describir estas redes es el del **poder** en términos de relaciones que pueden ser entendidas como de dominación o imposición, o como emancipadoras o empoderadoras de la comunidad. Es importante aclarar que se sostiene que las relaciones de poder fluyen y atraviesan todas las dimensiones de la conformación de las redes por lo que resulta operativo, a los fines de este informe, concentrarnos en su análisis. En este sentido, al interior de las redes existen relaciones que pueden entenderse como de dominación (las asociadas a lo institucional y a las jerarquías verticales del área de salud) que implican la imposición de formas de actuar. Sin embargo, y en consecuencia con un lineamiento comunitario de la participación en salud, en estas redes, mayoritariamente, se vuelve tangible el poder como un elemento emancipador, al aportar posibilidades de intervención en la gestión, control y evaluación de la atención de la salud.

Al respecto, el discurso de la coordinadora de la Dirección de Salud se destaca por erigirse como un discurso oficial que tendrá consecuencias performativas emancipadoras:

La aspiración es formar masa crítica, formar cada vez más ciudadanos que tengan conocimientos de aspectos relacionados con alarmas en enfermedad, con estilos de vida saludables, y con esto, con la participación comunitaria. Sumarlos a la participación comunitaria en salud por lo menos, y vuelvo a decir: a mí me preocupa más, digamos, las puertas de entrada... Sumar todas las puertas de entrada a la salud, esta es la cuestión (E1: Directora de Salud municipal).

Al ser relacional y disperso (no concentrado), el poder aparece apropiado de distinta forma por los sujetos en tanto la posición que ocupen en cada una de las redes de las que participan, y aquí se está pensando en la teoría de los campos de Bourdieu, y el volumen de capital de los agentes en relación con las posiciones ocupadas. En este estudio, uno de los sujetos ocupa una posición de poder mayor cuando actúa como productor de actividades de promoción de la salud y tiene un amplio acceso a recursos; aunque su poder disminuye cuando actúa como empleada municipal en el área de discapacidad o cuando es público en una jornada intercultural (se vincula con distintos sectores gubernamentales y comunitarios, y la actividad de atención y equinoterapia se complementa con las actividades de prevención y difusión que realiza en simultáneo).

Se pueden visualizar dos escenarios bien distinguidos: por un lado, existen situaciones de poder diferenciales entre redes y organizaciones; y, por otro, al interior de estas, los sujetos ocupan posiciones

con un poder asociado disímil en cada una, lo que refiere a estrategias en la construcción de posiciones de poder de los actores.

Una de estas estrategias puede evidenciarse en formas de control surgidas en entrevistas, referidas a actitudes de “vigilancia” por parte de los sujetos hacia las acciones de algunos funcionarios de acuerdo a actividades que proponen: “quiero ver si se está moviendo, si está haciendo algo, yo estoy haciendo panfletos en [ONG]... quiero ver que él como coordinador se encargue al menos de darle difusión” (E3: miembro de ONG).

Lo interesante de analizar los procesos participativos en salud desde la perspectiva de las redes y, a su vez, a estas estudiarlas desde el tipo de relación que las origina, el tipo de sujeto que participa y las relaciones de poder que implica, radica en la heterogeneidad de discursos y prácticas de los que se puede dar cuenta. A su vez, pensar la PCS inmersa en la lógica de un campo específico (el de la salud) permite también dar cuenta de la heterogeneidad de las prácticas, representaciones, relaciones y redes. Se podría tomar el caso analizado como representación de esta diversidad en el marco de las redes interpersonales de participación en salud. Participar en salud en este Municipio, entonces, implica un entrar y salir constante a redes informales, semiinstitucionalizadas algunas, transitadas apelando a distintas identificaciones, construyendo diferentes relaciones de poder y ocupando en ellas distintas posiciones y acciones de subversión o reproducción.

Conclusiones

El análisis del caso del municipio estudiado permite identificar algunas situaciones que perfilan escenarios complejos y heterogéneos para el sostenimiento de una política en salud que tome como eje la participación de la comunidad. En particular, se asiste a la emergencia de distintos significados en torno a la participación, que exigen que en vez de buscar la homogeneidad, se contemple la heterogeneidad inherente, que “los sentidos contruidos por los actores no revisten un carácter meramente técnico, sino también ideológico y valorativo, y aun la búsqueda de un consenso en el plano de las significaciones reactualiza la pregunta de para qué y por qué se busca la participación de la comunidad” y la importancia de la revisión crítica de las experiencias previas y actuales en salud de los actores a la hora de la planificación política (Pagnamento, 2011: 39).

Tal como afirma Spinelli (2010), el desarrollo de la estrategia de APS en Argentina ha demostrado capacidad de producir modificaciones (esperadas e inesperadas) en el discurso y en los actores. Las experiencias de PCS en el marco de una APS selectiva se desarrollan en un campo de salud atravesado por disputas políticas partidarias, municipales, económicas, culturales, valorativas y familiares, entre otras. Son estos aspectos que cruzan el campo y configuran una lógica especial, los que deben tenerse en cuenta en el marco de un modelo de planificación estratégica que busque consolidar y expandir la participación en salud como un elemento fundamental de las políticas de salud en el primer nivel de atención.

En el caso analizado se destaca:

- Si bien en las prácticas y desde sus discursos, dan cuenta de articulaciones con otros sujetos, organizaciones e instituciones del barrio y la comunidad, los actores entrevistados no se reconocen miembros de una red, sino sujetos aislados que participan en salud.
- La vía de llegada a la PCS es principalmente la militancia. Y en paralelo, en general, la participación en salud es una excusa para la búsqueda del cambio social (siempre se articula con). Si bien tal vez los aportes de los actores de la PCS no sean transformadores de las condiciones de vida de una comunidad, sí lo son de su propia vida, y encuentran en la salud el espacio desde el cual militar el cambio social.
- El concepto de salud que construyen es consonante con la concepción integral y amplia de salud y muchas veces esta definición abarcadora les permite englobar su actividad en el marco de actividades de salud.
- Se ratifica un gran peso de la hegemonía médica que actúa como condicionante implícito para la propia acción en salud: no ser profesionales es una carga negativa autoadjudicada por los actores que participan en salud. A su vez, en la valoración de su propia actividad tiene mucho peso el no reconocimiento de la autoridad médica y política.
- El género se vuelve una dimensión analítica útil para dar cuenta de las experiencias participativas en salud del municipio estudiado, tratándose de que los casos analizados fueron relatados por mujeres que valorizan la PCS en un doble sentido: como reproductora de los roles tradicionales de género y, al mismo tiempo, como posibilidad de empoderamiento femenino.
- En los casos que conforman este estudio, se asiste a una participación simbólica, ficticia, acotada en espacios y en intervenciones (es consultiva y no decisional), pero se sostiene que aunque desde las US se propia una participación puertas para afuera y solo cuando es decidida por el equipo, las experiencias de PCS se están instalando y generan espacios de poder al interior del barrio. Esto es consonante con los "hallazgos positivos" de Pagnamento (2011), quien afirma: "la trama de relaciones (actores que participan), la lógica de trabajo grupal (modalidad de trabajo), los temas abordados (tanto los que se incluyen en el debate como las acciones que se planifican para dar respuesta) resultan de una concepción más amplia de la salud" (Pagnamento, 2011: 34) que el mero tratamiento de las enfermedades. La diversidad de prácticas participativas en estas experiencias, contrasta visiblemente con aquellas circunscriptas a la atención médica, que las trascienden aunque no las excluyan. Consecuentemente, se registran en asociación a estas experiencias, conceptualizaciones de los espacios participativos y la participación no ya acotadas, sino cercanas a lo que inicialmente identificáramos como participación efectiva o emancipadora. "Se podría pensar entonces, que ciertos actores y en ciertos contextos, pueden dar lugar a espacios más amplios para el desarrollo de experiencias participativas o a mantener cierto espíritu crítico o de potencial contrastación respecto de las actividades que mayormente se realizan" (Pagnamento, 2011: 36).

• Por último, se propone aquí como autocrítica que la heterogeneidad de procesos participativos que se concluye en realidad podría estar dada por la heterogeneidad de informantes consultados, por lo que otra estrategia de abordaje metodológico podría presentar un mapeo más fiel de un número mayor de casos.

Pensando ya un “de aquí para adelante”, se retoman concepciones que presentan propuestas superadoras de las actuales formas de PCS. Por un lado, desde el paradigma de la epidemiología crítica, Romero Uzcátegui y otros (2010) creen que es preciso considerar la PCS de forma radicalmente diferente a la que hasta ahora vienen proponiendo organismos y agencias internacionales, desenmascarándola de la falsa neutralidad y aportándole las herramientas políticas necesarias para alcanzar las transformaciones sociales que revaloricen equitativamente la condición humana. Para ello, creen inevitable incurrir en el terreno político, ya que al asumir la participación y el trabajo comunitario desde una perspectiva transformadora de la realidad social, se trasciende al escenario político. La epidemiología crítica propone la PCS como el principal mecanismo hacia la autonomía social y a la participación con conciencia crítica en la producción social, la de salud, lo cual generaría un proceso colectivo de formación de conciencia social para actuar frente al mercado internacional, desde una postura nacionalista, ya no como consumidores, sino como grupo social que demanda un nuevo orden social con propuestas democratizadoras. Se trata de repolitizar la participación porque, como afirmaba Ugalde (1985) en el contexto de surgimiento, la participación comunitaria es una actividad política, y no puede ser organizada por gobiernos o agencias internacionales, para satisfacer sus propias necesidades políticas. En este marco, Ruiz Giménez Aguilar vuelve a los actores y sostiene que un sistema de salud más eficaz y eficiente requiere que el tradicional rol de los pacientes como consumidores se transforme en una nueva función de coproductores para la producción de salud basada en la democracia participativa y contraria a la jerarquía de la autonomía médica o a la competencia del mercado (Ruiz Giménez Aguilar, 2005).

Para el futuro se proponen algunas líneas de continuación, profundización y problematización de la problemática de la PCS: a) la incorporación del concepto de capital social para tratar temas vinculados a las estrategias de participación en salud (como trabajan Sapag y Karachi, 2007); b) el debate de la orientación totalizadora de la comunidad unida e idealizada que no deja margen para la diversidad y condiciona las percepciones de la PCS y de los procesos de empoderamiento (propuesta de Di Marco, 2005); c) el lugar de la vecindad en la estructuración de las relaciones en la PCS; d) una reflexión sobre la construcción del saber médico y su imbricación con el poder y las posibilidades de coconstrucción con el saber popular (como postulan Kornblit y otros, 2007 y Pagnamento, 2011); e) una profundización del abordaje a través de la dimensión analítica de género; y f) una cuestión metodológica (en el marco de una autocrítica) referida a ampliar el recorte del objeto de estudio para poder dar cuenta de la diversidad de las experiencias participativas.

Notas

(1) Investigación que constituyó mi tesina de grado de la Licenciatura en Sociología, en la UNLP. Además, esta línea de investigación forma parte de un proyecto general sobre "Género y edad en estudios de caso sobre pobreza y políticas sociales en el Gran La Plata", dirigido por Susana Ortale y Amalia Eguía, radicado en el CIMeCS, unidad de investigación del IdIHCS (UNLP/CONICET) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, de la UNLP, incorporado al Programa de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación de la Nación (código H633) y apoyado por el CONICET (PIP 0443).

(2) Las nociones de "modelo oficial de PCS" como de "enfoque crítico al modelo" son de elaboración propia.

(3) En simultáneo, y como se viene bosquejando, la problemática de la PCS no puede deslindarse del análisis respecto a la práctica del poder: la eficacia de la práctica de la acción participativa depende de la cuota de poder de que dispongan los diferentes grupos involucrados en ella. Este modelo sustenta que el saber no está fuera del poder ni se concibe sin poder: el conocimiento que cada grupo tiene de la realidad constituye un importante elemento de negociación y de control social. Para democratizar la práctica en salud es imprescindible modificar las propuestas que desestimen los criterios de la población con la que se trabaja, creando ámbitos consensualmente legitimados en los que exista participación igualitaria, proceso que implica la revisión de los criterios tradicionales de autoridad (Frankel; 1988).

(4) Entre las características del sistema de salud del municipio estudiado es significativo señalar que cuenta con nueve Unidades Sanitarias (en adelante, US) ubicadas en distintos barrios de la ciudad que cumplen con la tarea de llevar a cabo la atención primaria. Estos centros actúan en forma coordinada con el Hospital Público Dr. Mario Larraín, como efectores de salud, abarcando una variada cantidad de prestaciones: enfermería, clínica médica, clínica pediátrica, ginecología, obstetricia, tocoginecología, odontología, fonoaudiología, psicología, asistencia social, seguro público de salud, médico comunitario y medicina general. La APS es reivindicada como un eje importante de la política local de salud. Así, desde la Dirección de Salud del Municipio, se sostiene que mediante el desarrollo de diversas acciones, en el último tiempo se jerarquizó la calidad de servicios de prevención y promoción de la salud y la asistencia en situación de enfermedad en los centros de atención primaria de la salud; se promovió la eficiente articulación de los centros de referencia y contrarreferencia y los diferentes servicios que se organizan desde el área en forma centralizada; y se fortalecieron espacios de capacitación y actualización continua del recurso humano en salud y de la comunidad. Entre algunas de sus actividades destacan la incorporación de la Tercera Cohorte del Programa de Médicos Comunitarios; la garantía del funcionamiento de las unidades sanitarias, con las prestaciones y cargas horarias establecidas por contratos nacionales provinciales y municipales (en el área programática de incumbencia); el fortalecimiento de las prestaciones en el Primer Nivel de Atención con énfasis en las actividades de promoción de la salud y detección de grupos y familias vulnerables; y el fortalecimiento de programas provinciales y municipales, entre otras.

Bibliografía

- CORTAZZO, I., CUENCA, A. y NATHANSON, G. (1996), "Política de salud en la provincia de Buenos Aires. Participación comunitaria, ¿real o ilusoria?", Revista *Escenarios*, Revista Institucional de la Escuela Superior de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. Edición n.º 1.
- DI MARCO, G. (2005), "Políticas sociales y democratización", en DI MARCO, G., FAUR, E. y MÉNDEZ, S., *La democratización de las familias*, Buenos Aires, UNICEF.
- EGUÍA, A., ORTALE, O., PAGANI, M. y PAGNAMENTO, L. (2007), "Acerca del concepto de participación", en Eguía, Amalia y Susana Ortale (comps. y coords.), A. Eguía y S. Ortale, UNLP-CIC-IPAP Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Editorial EDULP, pp. 19-39.

- GIRALDO OSORIO, A., TORO ROSERO, M., MACÍAS LADINO, A., VALENCIA GARCÉS, C. y PALACIO RODRÍGUEZ, S. (2010), "La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables", *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 15, N.º1, enero-junio 2010, pp. 128-143.
- KORNBLIT, A., MENDES DIZ, A., DI LEO, P. y CAMAROTTI, A. (2007), "Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud", *Revista argentina de sociología* [en línea], vol. 5, n.º8, pp. 11-27.
- PAGNAMELO, L. (2011), "Trabajo y género: entre la subordinación y la promesa de la democratización. El caso de los promotores de salud del municipio de La Plata. El proceso de trabajo de los Promotores comunitarios de salud: mujeres atendiendo mujeres".
- RESTREPO VELEZ O. y R. VEGA ROMERO (2009), "Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud - APS. Bogotá: para la muestra un botón", *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Num. 16, Vol. 8, Colombia.
- ROMERO UZCÁTEGUI, Y., RAMÍREZ ROMERO, E. y SÁNCHEZ ESCALANTE, C. (2010), "La participación comunitaria en la construcción de un modelo de salud contrahegemónico", *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura* [en línea] 2010, XVI (julio-diciembre).
- RUIZ GIMÉNEZ AGUILAR, J. L. (2005), "Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español", *Revista Comunidad PACAP*.
- SAPAG J. C. y I. KARACHI, (2007), "Capital social y promoción de la salud en América Latina", *Revista Salud Pública*, 41, Santiago de Chile, pp. 139-49.
- SVAMPA, M. (2005), *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*, Buenos Aires, Taurus.
- SPINELLI, H. (2010), "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina", *Salud Colectiva*, vol. 6, núm. 3, septiembre-diciembre, 2010, Universidad Nacional de Lanús, pp. 275-29.
- TESTA, M. (1983), *Tendencias de Investigación en Ciencias Sociales para Planificación*. Caracas, Mimeo, CENDES.
- UGALDE, A. (1985), "Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica", en *Cuadernos Médico Sociales*, N.º41, Rosario.